

# KIEFERORTHOPÄDISCHER FRAGEBOGEN

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

Nachname des Patienten \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Nachname des Versicherten \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
☐ Vater ☐ Mutter ☐ Erziehungsberechtigter

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. Arbeitsstelle \_\_\_\_\_

Krankenkasse und Geschäftsstelle \_\_\_\_\_

Haben Sie für Ihr Kind eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ☐ ja/nein ☐

Sind Sie selbstständig, beihilfeberechtigt oder verfügen Sie über ein Einkommen, sodass Ihre gesetzliche Krankenkasse Ihnen den Status eines freiwillig Versicherten zuerkennen muss? ☐ ja/nein ☐

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Zahnarzt ☐ Freunde/Bekannte ☐ Internet ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

ja      nein

☐ ☐

1. Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?

\_\_\_\_\_

☐ ☐

2. Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

☐ ☐

3. Ist jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament aufgetreten? Wenn ja, auf welches? \_\_\_\_\_

☐ ☐

4. Besteht eine Allergie gegen irgendetwas? Wenn ja, gegen was?

\_\_\_\_\_

☐ ☐

5. Bestehen irgendwelche andere medizinischen Probleme, von denen ich wissen sollte? Beschreiben Sie!

\_\_\_\_\_

6. Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

\_\_\_\_\_

7. Wurden bei Ihrem Kind Rachen- und Gaumenmandeln entfernt? Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

ja      nein

☐    ☐

8. War Ihr Kind wegen einer der folgenden Krankheiten in ärztlicher Behandlung?  
Zutreffendes bitte unterstreichen!  
Diabetes, rheumatisches Fieber, **Schuppenflechte**, **Heuschnupfen**, **Asthma**, Herz-,  
Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Leber- oder Nierenerkrankungen,  
Blutgerinnungsstörungen, Epilepsie  
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Arztes
- 

☐    ☐

9. **Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche Beschwerden im Verlauf der Wirbelsäule  
evtl. ausstrahlend bis hinab zu den Beinen?**

☐    ☐

10. **Wurde von ärztlicher Seite jemals eine Verformung der Wirbelsäule diagnostiziert?**

☐    ☐

11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall mit Verletzungen im Zahn-, Kiefer-, Kopf- oder  
Nackenbereich?

☐    ☐

12. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Wenn ja, weswegen?

---

Bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

---

☐    ☐

13. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Wo?

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐    ☐

14. Wurde Ihr Kind schon einmal mit einer herausnehmbaren Spange zur  
Zahnstellungskorrektur behandelt?

☐    ☐

15. Hat Ihr Kind gelutscht (Daumen/Finger)? Bis wann? \_\_\_\_\_ Jahr/heute noch?

16. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Adresse und Telefonnummer des Zahnarztes**

---

17. Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne?
- 

☐    ☐

18. Benutzt es als zusätzliche Mundhygienemaßnahme regelmäßig eine Munddusche?
- 

☐    ☐

19. Werden bei Ihrem Kind regelmäßig individuelle Prophylaxemaßnahmen vom  
Zahnarzt durchgeführt?

☐    ☐

20. Spielt ihr Kind ein Blasinstrument?

☐    ☐

21. Übt ihr Kind eine der folgenden Sportarten aus?

Kampfsport, Hockey/Eishockey, Basketball, Handball \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_